



GIORNATA EUROPEA DELLA LOGOPEDIA 2019: L'AUTISMO NON ESCLUDE

L'intervento logopedico per le persone con autismo: cenni storici sulla situazione in Italia e prospettive future.

A cura di Valentina Minelli - logopedista (FLI Puglia)

ABSTRACT

In Italia, per diversi anni, la figura professionale del logopedista è stata esclusa dall'intervento sui disturbi autistici per motivi di natura teorico-scientifica. Attorno agli anni '80, con l'introduzione di nuove correnti teoriche è cambiata la definizione di autismo, successivamente sono state adottati nuovi modelli di intervento, che hanno consentito il coinvolgimento del logopedista nel lavoro con persone autistiche. Tale importante cambiamento è avvenuto però in maniere poco strutturata, lasciando spesso spazio alla libera interpretazione del singolo, della struttura sanitaria, dell'ente locale o regionale. Nel corso degli anni, quindi, si è venuta a creare una grande confusione di ruoli, competenze e metodologie, a discapito della professionalità e credibilità del logopedista, e che ha d'altro canto penalizzato coloro che dovrebbero beneficiare del suo intervento. Il sondaggio presentato in questo studio è stato condotto nel 2018 ed ha confermato la presenza in Italia di logopedisti che, da più di vent'anni, si occupano di disturbi dello spettro autistico. Dai risultati raccolti emerge un quadro piuttosto variegato in merito all'inserimento o meno di tale figura professionale in equipe multidisciplinare o alla sua formazione specifica. Durante la raccolta dei dati i partecipanti, facendo riferimento alle proprie esperienze personali, hanno condiviso considerazioni sulle possibili interferenze di altri professionisti coinvolti nell'intervento sulle persone con autismo, che vanno ad operare impropriamente sulle competenze comunicative e linguistiche, domini di competenza del logopedista. Diventa quindi importante portare all'attenzione nazionale il quadro emerso per ribadire l'urgenza e la necessità di definire in maniera chiara ed univoca, il ruolo, le competenze, la formazione specifica o le metodologie di intervento del logopedista che si occupa di persone con autismo.

Parole chiave: Autismo, Intervento logopedico, Comunicazione, Linguaggio, Valutazione logopedica, Trattamento Psico-educativo Cognitivo-compartmentale.

Cenni sulla storia della diagnosi e definizione di autismo

Per quanto possa risultare difficile sintetizzare la storia relativa alla diagnosi di autismo, diventa necessario farlo per comprendere quali sono stati negli anni gli interventi educativi ed abilitativi ad essi dedicati.

I primi casi di *demenza precocissima* furono descritti da De Sanctis nel **1906**: nel comportamento di alcuni soggetti in età infantile, generalmente classificati come *oligofrenici*, potevano riconoscersi un decorso peggiorativo e dei sintomi sovrapponibili a quelli ascritti da Kraepelin al quadro della *demenza precoce* (presenza di stereotipie, ecolalia, manierismi, ecc...). Nel 1909 Heller descrisse invece il quadro di *demenza infantile*, [caratterizzata dall'esordio verso i 3-4 anni, con perdita delle funzioni mentali, e principalmente del linguaggio, con assenza di segni neurologici, stereotipie e (frequentemente) eccitamento psicomotorio].

In seguito le concezioni e la terminologia riservate alle psicosi infantili subirono diverse variazioni (ad es.: *schizofrenia infantile*).

Agli studi organicistici che sostenevano la tesi secondo cui alla base della schizofrenia infantile si potevano collocare dei micro difetti cerebrali organici (Lauretta Bender **1935**) si contrapposero quelli della psichiatria dinamica. Questi ultimi si concentravano sui meccanismi **psicodinamici** di difesa dell'Io legati alle prime relazioni oggettuali, vissute in modo anomalo e gravemente traumatizzante. A tale proposito veniva richiamata l'attenzione sulle prime esperienze relazionali del bambino, soprattutto nei primi mesi di vita, nel rapporto bambino-madre. In questo contesto è stato descritto da **Kanner (1943)** il quadro di "autismo infantile precoce": [questa sindrome riguarda la prima e la seconda infanzia e consiste nella perdita progressiva delle capacità del contatto relazionale, in bambini che per altri aspetti del comportamento dimostravano un livello di organizzazione psicomotoria e mentale nella norma rispetto alla loro età].

Nel **1980** con il **DSM III** si giunse alla definizione di *Disturbo generalizzato dello sviluppo* che sembra interessare tre domini: [mancanza di responsività verso gli altri, grave deterioramento delle capacità comunicative e risposte bizzarre a diversi aspetti dell'ambiente. Tutti sviluppati entro i 30 mesi di età]. Viene in questo modo posta ed enfatizzata la chiara distinzione dalla schizofrenia. Il **DSM-IV (1994)** e il **DSM-IV -TR (2000)** proposero un ulteriore affinamento dei complessi criteri diagnostici, il numero dei disturbi pervasivi dello sviluppo salì così a cinque: *Disturbo Autistico*, *Disturbo di Asperger*, *Disturbo di Rett*, *Disturbo Disintegrativo dell'Infanzia*, *Disturbo Pervasivo dello Sviluppo non Altrimenti Specificato*.

Nel **DSM-V (2013)**, ultimo documento pubblicato, si parla infine di *Disturbi dello Spettro Autistico*, definiti all'interno di due sole categorie: [deterioramento persistente nelle comunicazioni sociali reciproche e nelle interazioni sociali (...) schemi comportamentali ripetitivi e ristretti], entrambi presenti fin dalla prima infanzia. Il Disturbo di Asperger e il Disturbo Pervasivo dello Sviluppo non Altrimenti Specificato, così come altre sottocategorie quali l'autismo atipico, spariscono di scena. L'APA (American Psychiatric Association) sostiene in tal modo che i sintomi di questi disturbi sono così simili da appartenere a uno stesso continuum, piuttosto che costituire entità separate. La diagnosi ora richiede anche la specificazione della *presenza o assenza di disabilità intellettuale correlata, di alterazioni del linguaggio* così come di condizioni mediche o genetiche associate.

La valutazione e gli interventi nel tempo

[A partire dagli anni Settanta in Inghilterra e negli USA sono state messe a punto strategie e tecniche riabilitative, ausili per la comunicazione e pedagogie adatte specificatamente ai bambini affetti da sindromi autistiche, dimostrando che anch'essi sono "educabili"] In Italia invece, negli stessi anni, la situazione era completamente diversa, gli orientamenti teorici definivano [le madri "tossine psicologiche", "Kapò dei campi di concentramento", "frigoriferi" secondo Bruno Bettelheim (...)] I genitori sono stati a lungo espropriati delle loro prerogative da un'azione sistematica di "diffamazione" (teorie sull'eziologia psicogena delle sindromi) o di disinformazione. (...) Dopo la morte di Hans Asperger (1980) le sue ipotesi su una "predisposizione genetica" all'autismo sono state rivalutate e il suo primo articolo pubblicato in tedesco (1944) è stato tradotto in molte lingue]. Il libro *Il nostro autismo quotidiano* (ed. Erikson, 2015) raccoglie esperienze e considerazioni di genitori che hanno vissuto esperienze personali talora agghiaccianti. Nel libro si fa anche riferimento alla terapia logopedica: [I primi quattro anni di vita rappresentano un periodo di massima plasticità cerebrale: la riabilitazione funzionale è tanto più efficace quanto più è precoce. Ad esempio, aspettare che un bambino autistico inizi a parlare spontaneamente prima di fornirgli la riabilitazione logopedica è il modo più sicuro per condannarlo al "mutismo verbale" o a forme più gravi di "disfasia".]

Carlo Hanau (Diversabilità ed. Erikson 2003) racconta che [L'ANFASS di Milano, nel **1987**, invitò per la prima volta **E. Schopler** e i suoi collaboratori, che con grande scandalo dei nostri esperti (che

seguivano in massa le teorie psicogenetiche), illustrarono l'approccio TEACCH]. Il prof. Maurizio Arduino, nel 2003 (Diversabilità ed. Erikson) faceva alcune considerazioni in merito alle metodologie ritenute più efficaci dalla ricerca per favorire lo sviluppo e l'autonomia dei bambini con disturbo dello spettro autistico. [Queste metodologie sono prevalentemente di tipo cognitivo-comportamentale (per esempio, le strategie proposte dal programma TEACCH), prevedono il coinvolgimento della famiglia anche in attività finalizzate a sviluppare l'interazione sociale e l'intersoggettività, comprendono interventi specifici sul versante della comunicazione (**logopedia** e *Comunicazione Aumentativa Alternativa*). Ciò implica, da un lato, la formazione specifica di operatori, insegnanti e genitori, dall'altro la capacità di contestualizzare metodologie nate in realtà molto diverse da quelle italiana]. Dalla sintesi dei lavori finalizzati alla pubblicazione delle **Linee guida 21 del 2011: Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti** emerge che:

- I trattamenti psicoeducativi e cognitivo-comportamentali costituiscono il nucleo centrale ed essenziale degli approcci abilitativi e terapeutici che vanno attivati il più precocemente possibile;
- I requisiti per l'efficacia dell'intervento prevedono che questo sia: precoce, intensivo (15 – 30 ore settimanali) e globale (esteso a tutti gli ambiti di vita e per tutta la durata della vita);
- La rete dei servizi sanitari deve garantire un approccio multiprofessionale e interdisciplinare, per poter affrontare con competenza e coesione la complessità e l'eterogeneità delle sindromi autistiche.

Terapia logopedica e autismo

Le linee guida 21 costituiscono il documento che ha sostanzialmente influito sulla ri-organizzazione dei servizi dedicati alle persone con autismo e alle loro famiglie a livello nazionale negli ultimi 10 anni. Nel documento, tra le terapie prese in considerazione non viene menzionata nello specifico la logopedia, si parla in generale di interventi sulla comunicazione, a tale riguardo si specifica che [le prove scientifiche a favore dell'efficacia degli interventi di supporto per le **abilità comunicative** non sono conclusive e derivano da un numero limitato di ricerche. I dati disponibili consentono pertanto solo di avanzare un'ipotesi di efficacia per questi interventi, che studi futuri dovranno ulteriormente approfondire, per confermarla e quantificarne l'entità].

Trovare riferimenti specifici relativi alla terapia logopedica applicata all'autismo in letteratura è effettivamente difficile. Alcuni autori affermano ad esempio che la logopedia può risultare molto utile ed importante nell'intervento con le persone autistiche, ma essendo spesso isolata ed effettuata per poche ore settimanali non può sostituire la presa in carico ed il trattamento specifico e globale. In effetti nelle linee guida si parla di "*approccio multiprofessionale e interdisciplinare*", dando per intendere che nessun intervento specialistico può ritenersi esaustivo, neanche quello a cura esclusiva ad esempio dell'educatore o dello psicologo, figure generalmente presenti nei centri specializzati sull'autismo.

Forse per la prima volta, nel DSM V sentiamo parlare della possibile presenza di "*alterazioni del linguaggio*" oltre che di "*Comunicazione sociale*". In realtà ogni logopedista che si occupi di bambini con sospetto o diagnosi di autismo può constatare che spesso, alle difficoltà comunicative e sociali, si associano difficoltà del linguaggio in produzione e in comprensione che possono coinvolgere diversi ambiti: articolatorio, fonologico, lessicale, morfo-sintattico, narrativo e pragmatico, senza dimenticare la possibile correlazione con difficoltà negli apprendimenti scolastici. Esiste inoltre una percentuale di persone con autismo che presentano anche disprassia verbale (ASHA, American Speech Language Association, 2007). Infine l'ipersensibilità sensoriale, presente in tanti soggetti autistici, può coinvolgere le funzioni legate all'alimentazione e quindi il distretto oro-buccale. Per tali ragioni diventa fondamentale proporre un training specifico per ogni singola difficoltà, curato da un logopedista specializzato e preceduto, ovviamente, da una valutazione logopedica che vada ad

integrare quella cognitiva e funzionale, per fornire un quadro completo del profilo di sviluppo del bambino ed il conseguente piano di intervento.

Per quanto concerne la mia esperienza personale, durante il tirocinio pratico presso il Centro Servizi per l'Autismo di Gallico (Reggio Calabria) nel 2011, ricordo di aver incontrato un bambino autistico con difficoltà del linguaggio espressivo di tipo fonologico. Venni a sapere però che, nel centro non era prevista la figura professionale preposta e quindi il bambino non faceva terapia logopedica. Lo stesso corso di formazione che io stavo frequentando non era specifico per logopedisti, come del resto tanti altri eventi formativi che avevo frequentato sullo stesso argomento. In realtà, a parte il corso di CAA seguito a Milano presso il Centro B. D'Intino nel 2001, non era facile trovare eventi formativi sull'autismo dedicati ai logopedisti. La prima occasione mi fu offerta nel 2007 quando ebbi l'opportunità di frequentare il corso: "Disturbi Pervasivi dello Sviluppo. L'approccio Psicoeducativo" (a Padova) con **Enrico Micheli e Cesarina Xaize**, e mi si aprì un mondo. Mi occupavo di autismo dal 2004, ero stata guidata da persone esperte, che conoscevano ed applicavano la filosofia cognitivo-comportamentale (presso l'ASSORI di Foggia), in più avevo frequentato alcune giornate formative per insegnanti e genitori organizzate dall'ANGSA (Associazione Nazionale Genitori di soggetti Autistici), alla quale mi ero subito associata, insomma avevo fatto del mio meglio per dare una risposta alle persone che chiedevano il mio contributo professionale, ma finalmente adesso mi erano state date le conoscenze e gli strumenti per farlo in modo appropriato. A partire da quel momento la situazione cambiò e sempre più spesso incontrai colleghi che si occupavano di autismo e che come me avevano iniziato facendo auto-formazione, cercando modelli e punti di riferimento, creando spesso modalità, attività e strumenti per combinare le proprie conoscenze sul *sapere e saper fare logopedico*, con quelle apprese in merito al lavoro nell'ambito dell'autismo. Più volte ho condiviso con loro il desiderio di fare luce e chiarezza su ruoli e competenze, perché spesso il logopedista inserito nel team multidisciplinare non viene riconosciuto per le sue competenze specifiche e gli viene chiesto quindi di svolgere interventi sulle abilità non strettamente correlate al suo ambito di lavoro (ad es. autonomie o motricità) o non viene coinvolto nelle attività di valutazione.

IL SONDAGGIO

Il sondaggio on line è stato ideato con l'intento di avere un quadro, seppure approssimativo, di quella che è la realtà del logopedista che si occupa di autismo in Italia, allo scopo di: evidenziarne i punti di forza o di debolezza e le buone pratiche; mettere a confronto esperienze formative e lavorative; raccogliere informazioni; creare una rete tra i logopedisti che si occupano di autismo per unificare i linguaggi, progettare percorsi condivisi.

Risposte

Al sondaggio, che si è svolto dal 25/06/2018 al 24/09/2018, hanno risposto 133 logopedisti (Iscritti FLI 2018: 87%) distribuiti sull'intero territorio nazionale. Le regioni maggiormente rappresentate sono state: Lombardia (60 risposte) e Puglia (13), Umbria (11), Calabria (10), seguite da: Veneto, Campania, Lazio, Basilicata, Piemonte, Liguria, Abruzzo, Emilia Romagna, Sicilia.

Il 71% dei logopedisti che hanno compilato il questionario ha dichiarato di occuparsi di autismo e nello specifico, di intervento abilitativo (97%), valutazione (82%) e ricerca il (14%). Viene riferito però che, talora, al logopedista viene richiesta esclusivamente la valutazione del livello comunicativo-linguistico o degli apprendimenti scolastici, alla quale non fa seguito trattamento abilitativo. In termini di tempi scopriamo che diversi logopedisti hanno un'esperienza professionale pluriennale sui disturbi autistici: solo il 9,5% se ne occupa da meno di un anno, mentre il 33% da 1-2 anni, un altro 33% da 5 a 10 anni ed il restante 23% da più di 10 anni (fig.1).

Queste le risposte relative alla tipologia della struttura di lavoro (fig. 2): Ente privato convenzionato (37%), Studio professionale (30%), Struttura territoriale (26%), Ospedale (13%), Ente privato non convenzionato (10%), terapia domiciliare (5%). Il Regime di lavoro è al 50% dipendente e libero-professionale.

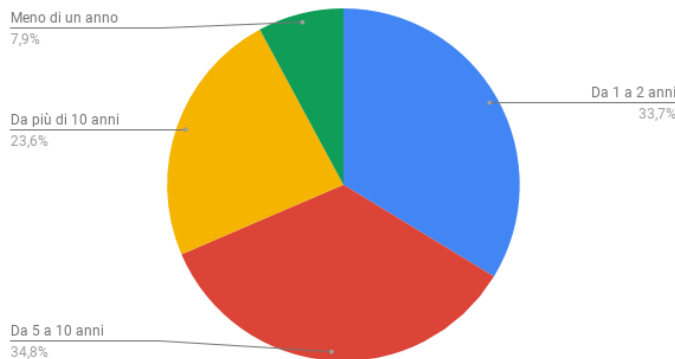


Fig. 1

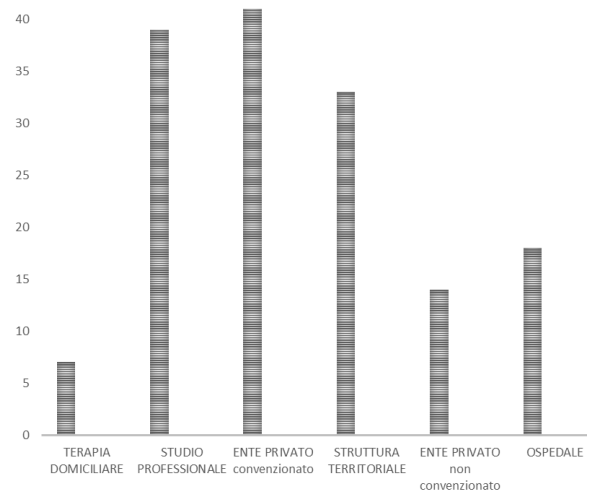


Fig. 2

Il 93% dei partecipanti al questionario dichiara di lavorare in un'equipe multidisciplinare, composta da: Psicologo (90%), NPI (82%), Terapista della neuro e psicomotricità (80%), Terapista Occupazionale (12%), fisioterapista (5%), Educatore (41%), Pedagogista (16%), ORL (10%), Foniatra (10%) (fig. 3).

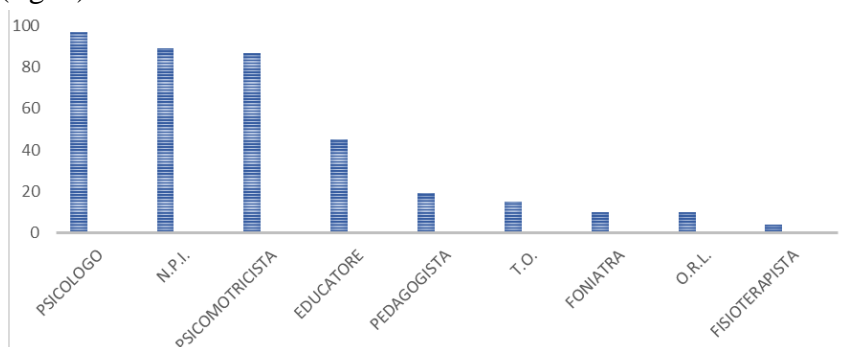


Fig. 3

Il 65% dei logopedisti dichiara di avere una **formazione specifica** sull'autismo (Fig. 4), mettendo a confronto i risultati si può considerare che: se il 71% affermava inizialmente di occuparsi di autismo si deduce che una piccola percentuale di logopedisti se ne occupa pur non avendo una formazione specifica.

Conteggio di Hai fatto una formazione specifica sul trattamento dell'autismo?

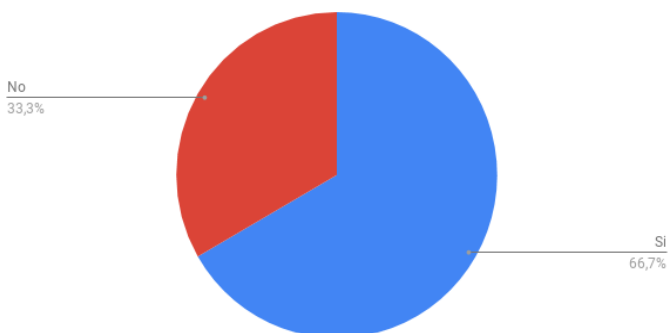


Fig. 4

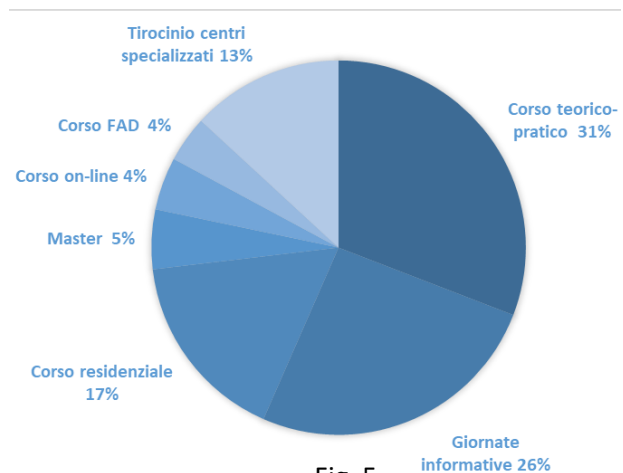


Fig. 5

Le risposte in merito al tipo di formazione (Fig. 5) vedono in prevalenza la partecipazione a Corsi teorico-pratici (62%) e Giornate informative (51%); una minore percentuale di risposte riguarda Corsi residenziali (33%); Tirocini formativi in centri specializzati (26%); infine Corsi on line (9%) e Corsi FAD (8%).

Orientamento della formazione

Dai risultati ottenuti in riferimento alle domande relative all'orientamento della formazione è emerso che, nel 63% delle risposte, questo è di stampo Cognitivo-comportamentale, come indicato nelle linee guida 21.

Nello specifico: il 60% dichiara di essere formato in CAA; il 41% ha una formazione ABA; il 26% in Verbal Behavior; il 20% nel Modello Denver; il 12% in DIR; il 13% effettua interventi mediati dai genitori; il 9% nel Modello Agordino (Micheli- Xaize); 3% nel PRT. L'8% dei partecipanti afferma di essere formato in Comunicazione Facilitata (inserita tra le terapie "non raccomandate" dalle Linee Guida 21). (Fig. 6).

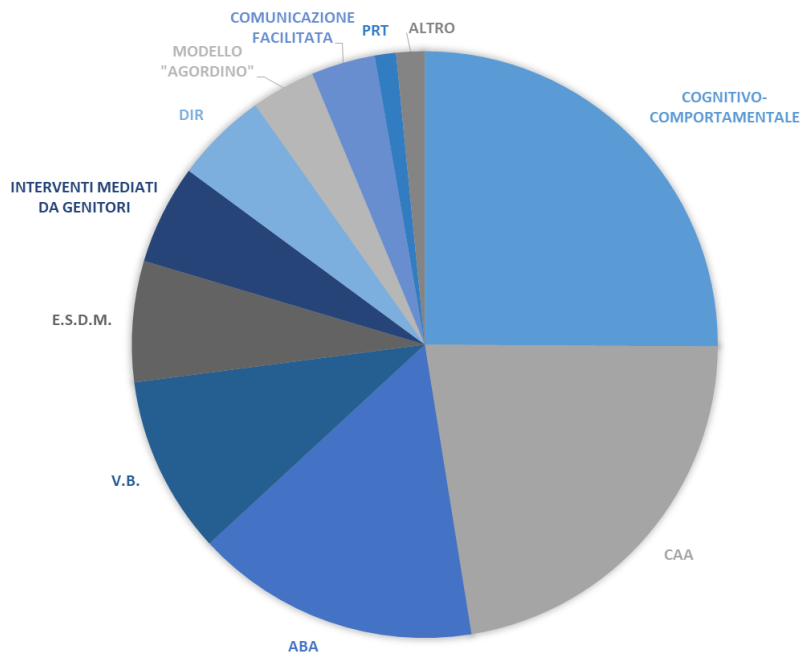


Fig. 6

Proviamo a conoscere meglio i metodi e gli approcci, partendo da quelli che hanno ottenuto maggiori risposte nel sondaggio.

CAA: La *Comunicazione Aumentativa Alternativa* è l'insieme di conoscenze, tecniche, strategie e tecnologie usate per facilitare lo scambio dei messaggi (verbali e non) in persone con difficoltà, temporanea o permanente, nella produzione e comprensione del linguaggio. Si dice aumentativa perché si accrescono e potenziano le modalità comunicative; si dice alternativa per l'utilizzo di codici non solo verbali, ma anche gestuali, mimici, visivi. Possono essere utilizzati strumenti a tecnologia bassa (immagini, carte, tabelle o quaderni), media (VOCA con messaggi vocali registrati) o alta (comunicatori con voce sintetica, PC, tablet, ecc.). Obiettivi della CAA: permettere alla persona di comunicare bisogni e desideri, condividere informazioni, stabilire, mantenere e sviluppare relazioni interpersonali, partecipare a comportamenti sociali.

ABA: E' l'acronimo di *Applied Behavior Analysis* (tradotto in italiano con Analisi Comportamentale Applicata) e deriva dalla scienza di base conosciuta come Analisi del Comportamento (Skinner, 1953). L'analisi del comportamento applicata è finalizzata a comprendere e migliorare le relazioni che intercorrono fra determinati comportamenti e le condizioni esterne. L'attenzione dell'ABA è rivolta ai comportamenti socialmente significativi (abilità scolastiche, sociali, comunicative, adattive). Sicuramente, proprio grazie al rigore scientifico e metodologico che la caratterizzano, ha ottenuto tantissimi successi nell'ambito della disabilità in generale e dell'autismo in particolare, per cui viene ampiamente adottata e applicata in tali settori ma non nasce per l'autismo. Le certificazioni

A.B.A. sono varie, i percorsi per ottenere l'idoneità di Tecnico ABA prevedono la frequenza di un Corso teorico di diverse ore (ed es: 60 per l'Istituto Walden oppure 225 ore per certificazione BCBA) ed un tirocinio pratico guidato (ed es.: di 400 ore per l'Istituto Walden o 1500 ore del BCAB®), la supervisione da parte di un analista comportamentale certificato, con il superamento dell'esame finale. L'intervento viene svolto dopo una valutazione dettagliata e viene monitorato dal supervisore. Una delle criticità nella realtà italiana è data dal fatto che non sempre coloro che si propongono come operatori ABA hanno fatto effettivamente una formazione specifica, spesso le proposte formative durano poche ore o non prevedono il tirocinio pratico e rilasciano attestati che "abilitano" impropriamente a svolgere interventi ABA. Spesso inoltre c'è molta confusione terminologica tra le diverse procedure di insegnamento che vengono utilizzate nell'ambito dell'Analisi Comportamentale Applicata. In particolare molto spesso si sente parlare di *Discrete Trial Teaching (DTT)*, *Natural Environmental Teaching (NET)*, *Verbal Behavior Teaching (VBT)* come se fossero approcci completamente diversi al trattamento. In realtà tutti questi interventi si basano sugli stessi principi teorici e possono esse applicati da tutti gli operatori ABA, a prescindere dalla loro formazione specifica, accademica.

Vediamoli nel dettaglio:

- Il **DTT** (*insegnamento per prove discrete*) è stato introdotto da Lovaas negli anni '70 e, tra le componenti metodologiche procedurali, è quello più conosciuto. Esso permette di insegnare al bambino diverse abilità (cognitive, sociali, comunicative, di gioco, di autonomia) ma al tempo stesso lavora sull'incrementare aspetti che risultano essere deficitari nei bambini con autismo: ad esempio attenzione, motivazione, rapporto causa-effetto, comunicazione. L'insegnamento per prove discrete è costituito *dall'apprendimento senza errori*, ovvero l'operatore dà un *aiuto (prompt)* al bambino per impedirgli di sbagliare. Questo aiuto viene via via ridotto fino a rendere il bambino autonomo. Il DTT è un insegnamento che avviene in ambiente strutturato e massimizza le opportunità di apprendimento del bambino ripresentando più volte alcune attività che si vogliono insegnare al bambino e consegnando un rinforzo se il bambino emette il comportamento corretto da solo o aiutato.
- Il **NET** (*Insegnamento in ambiente naturale*), come suggerisce il termine stesso, è un tipo di insegnamento che consiste nello sfruttare e/o ricreare situazioni di vita quotidiana per fornire opportunità di apprendimento al bambino, partendo dagli interessi e motivazioni del bambino stesso. Il NET avviene sostanzialmente durante attività di gioco e/o di vita quotidiana durante le quali l'operatore, avendo chiari gli obiettivi su cui sta lavorando, insegna le abilità target partendo dalla motivazione del bambino.
- Il **VBT** (*Insegnamento sul Comportamento Verbale*) è una procedura di insegnamento del comportamento verbale che basa le proprie procedure sui principi proposti da Skinner, egli infatti considera il linguaggio al pari di qualsiasi altro comportamento che può pertanto essere analizzato sulla base della contingenza a tre termini, cioè della relazione tra antecedente, comportamento e conseguenza. Ciò che interessa non è quindi tanto ciò che il bambino pronuncia e come lo pronuncia quanto la funzione che quello specifico comportamento verbale ha (ottenere qualcosa di gradito, ricevere un rinforzo sociale ecc..) e in risposta a quale antecedente viene emesso. Su questa base Skinner identifica diversi operanti verbali, tra cui: Il mand (il bambino ha fame chiede il biscotto e ottiene come conseguenza la consegna del rinforzo); l'ecoico (il bambino ripete ciò che l'adulto dice e riceve come conseguenza il rinforzo sociale l'adulto dice "biscotto" il bambino ripete "biscotto"); tact (il bambino vede un oggetto, lo denomina e riceve come conseguenza il rinforzo sociale, per esempio vede un biscotto e dice "biscotto" ma non lo vuole) e l'intraverbale (il bambino risponde a una domanda posta da un'altra persona per esempio che cosa mangi a colazione? E dice "biscotto"). Il VBT consiste nell'implementazione di diversi training che

promuovono lo sviluppo di tutte queste diverse componenti del linguaggio sia mediante l'insegnamento in ambiente naturale che in ambiente strutturato.

Modello Denver: *L'Early Start Denver Model (ESDM)* è un programma di intervento cucito su misura per le esigenze e le caratteristiche dei bambini in età prescolare, mirato a promuovere lo sviluppo delle abilità sociali, comunicative e di apprendimento già a partire dal secondo anno di vita. Lo scopo dell'ESDM è quello di riportare i bambini con autismo all'interno del circolo delle interazioni sociali (Rogers e Dawson, 2010) e allo stesso tempo colmare i gap che si sono accumulati in tutte le aree dello sviluppo attraverso un curriculum basato sulla scienza dello sviluppo del bambino e tecniche di insegnamento comportamentali e naturalistiche ad alta precisione. Il manuale è corredato da una originale Checklist, da usare per la valutazione personale di ogni bambino. Alla stesura del modello e quindi della checklist ha contribuito un team multiprofessionale di esperti (tra cui psicologo, logopedista, educatore e terapeuta occupazionale). Rigorosamente basato su principi scientifici (trae origine dall'ABA e dal PRT) e prove empiriche di efficacia, questo modello può essere applicato da chiunque: genitori, insegnanti, educatori, condividendo obiettivi e metodologie.

DIR (*Developmental, individual-difference, relationship-based*) Nella filosofia di questo tipo di programmi è implicita l'importanza della dimensione emozionale e relazionale in cui si realizza l'agire del bambino. Il DIR enfatizza l'importanza di individuare il livello di sviluppo raggiunto dal bambino (development), le differenze individuali nella modalità di processazione delle informazioni sensoriali e motorie (individual differences) ed il tipo di relazione ed interazioni che il bambino stabilisce con i partners adulti (relationship). Gli obiettivi dell'approccio DIR si basano sullo sviluppo e sull'evoluzione delle capacità funzionali-emozionali che i bambini devono saper padroneggiare iniziando dalla nascita: capacità di attenzione e autoregolazione; capacità di astrazione simbolica; acquisizione del pensiero logico. Questo approccio terapeutico implica un rilevante coinvolgimento dei genitori e di tutti i partners adulti del bambino; un contesto naturale rappresenta inoltre la premessa indispensabile per attivare l'espressività, l'iniziativa e la partecipazione del bambino e per favorire quindi una proficua utilizzazione dell'apporto esperienziale. DIR - FLOOR TIME di S. Greenspan. Il cuore del trattamento, sta nello sviluppare modalità interattive e giochi che mirano a stabilire ed incrementare sempre più circoli di comunicazione, espandendo sia la gamma degli stati emotivi, sia la comunicazione e la capacità simbolica del bambino, sostenendo che la "lezione emotiva" precede la "lezione cognitiva". Il libro di Greenspan parla di come trovare il modo di giocare col proprio bambino e di fare del gioco uno strumento per coinvolgerlo emotivamente e cognitivamente. Infatti Floor time letteralmente significa "tempo passato a terra, sul pavimento" a giocare con il bambino in 6-10 sessioni al giorno di 20-30 minuti ciascuna: il ruolo dei genitori è quindi anche qui fondamentale.

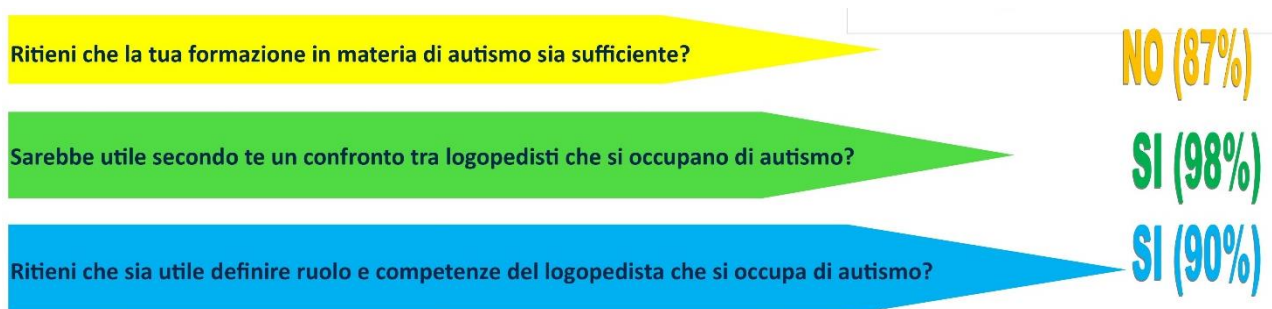
Interventi mediati dai genitori: tali interventi hanno il vantaggio di essere effettuati a casa o nella comunità, quindi in ambito ecologico e di aumentare il senso di auto-efficacia dei genitori. Gli interventi possono essere integrati, come per l'ESDM effettuato dai genitori, il Pivotal Response Training (PRT), i modelli Hanen (More Than Words), l'intervento Psico-educativo Agordino, oppure orientati ad obiettivi specifici, come l'attenzione condivisa, l'interazione genitore-bambino e la comunicazione. E' prevista una formazione specifica del genitore ed una guida esterna, fatta da personale specializzato. Gli *interventi mediati dai genitori* sono inclusi tra le terapie raccomandate nelle Linee Guida per l'autismo.

Il modello agordino: E. Micheli e C. Xaize sono stati tra pionieri in Italia degli interventi rivolti alle persone con autismo ed alle loro famiglie secondo la filosofia cognitivo-comportamentale, dando vita ad una proposta tutta Italiana (1983) che riassumeva in sé gli studi e le intuizioni di E. Newson, E. Schopler, Patterson, Lovaas, S. Rogers, R. L. Koegel e che si traduce con *L'Intervento*

psicoeducativo. Esso è caratterizzato dalle seguenti peculiarità: è intensivo e precoce, basato sull'insegnamento attentamente strutturato; generalizzazione e mantenimento vanno attivamente ricercati con il coinvolgimento degli ambienti di vita e con lo sfruttamento degli interessi propri del bambino. L'educazione viene adattata al peculiare funzionamento del bambino autistico. I genitori vanno coinvolti, informati, formati così come gli insegnanti. Tali presupposti rendono possibile un intervento intensivo ecologico ed efficace.

PRT: Il *Pivotal Response Treatment* è un trattamento basato sui principi dell'ABA pubblicato per la prima volta negli anni '80 da Robert e Lynn Koegel e Laura Schreibman (2006) i quali osservarono un miglioramento della motivazione, del comportamento, della spontaneità e delle generalizzazioni dei bambini sottoposti a trattamento comportamentale in una cornice più naturale ed interattiva piuttosto che in un formato per prove strutturate guidate dall'adulto. Il PRT si basa sul presupposto che, poiché molti bambini con autismo hanno bisogno di ricevere un training per molti comportamenti, è essenziale identificare dei comportamenti target che produrranno modificazioni simultanee in molti altri comportamenti (non direttamente trattati) invece di dover trattare ciascun comportamento singolarmente uno alla volta.

Tornando al sondaggio, l'87% degli intervistati ritiene che la propria formazione in materia di autismo sia insufficiente. Il 98% inoltre afferma che sarebbe utile un confronto tra logopedisti che si occupano di autismo. Il 90% infine ritiene che sia utile definire ruolo e competenze del logopedista che si occupa di autismo. Diversi colleghi hanno risposto con entusiasmo alla compilazione del questionario, manifestando grande interesse in merito ai risultati dello stesso.



Considerazioni sul sondaggio

E' stato chiesto ai partecipanti di aggiungere considerazioni o suggerimenti personali in merito agli argomenti proposti. Viene in questa sezione ribadita l'importanza dell'*approccio multidisciplinare*, che veda l'interazione di più figure professionali, per promuovere un progetto riabilitativo individualizzato. Viene inoltre sottolineata la necessità dell'intervento nell'ambito delle *funzioni orali* e della *regolazione sensoriale* ma anche del lavoro sulla *comprensione grammaticale*, orale e contestuale che sono prettamente a carico del logopedista.

Tra le considerazioni finali date dai colleghi che hanno partecipato al sondaggio ne seguono alcune particolarmente significative che riporto integralmente:

- "Sarebbe utile restituire ad ognuno il suo ruolo e lasciare al logopedista il compito di valutare la modalità comunicativa migliore da adottare (segni, pecs...) per evitare che figure non competenti in materia di comunicazione facciano errori di valutazione ed utilizzo".
- "Sarebbe utile una regolamentazione legislativa che impedisca in Italia la possibilità di trattare soggetti affetti da tale patologia senza un'adeguata formazione universitaria, per evitare che si applichino indistintamente a tutti i soggetti l'unico metodo che si conosca (es: ABA). Un metodo non è applicabile a tutti indistintamente, un riabilitatore ha più conoscenze e sa applicarle a secondo dei bisogni".

- “Trovo che nel tema autismo vi sia una grande confusione fra metodi e professioni: la logopedia è una professione che applica vari metodi e non uno dei tanti metodi che possono essere applicati. Inoltre sarebbe utile calare ogni metodo proposto (ABA, Denver, DIR...) nella realtà italiana che è molto diversa da quella americana. Infine ci tengo a sottolineare che per legge l'unica professione che si occupa di riabilitazione della comunicazione e del linguaggio è il logopedista”.
- “Troppa l'ignoranza veicolata da internet e social in materia che svaluta il lavoro svolto dai professionisti”.
- “Credo sia essenziale elaborare degli studi specifici e seri per individuare i percorsi di intervento per l'autismo con maggiori evidenze scientifiche da un lato e che tengano in considerazione la necessità della personalizzazione dell'interventi dall'altro”.
- “Sarebbe utile creare una rete di colleghi con una specifica formazione nel Disturbo dello Spettro”.

CONCLUSIONI

Le 133 risposte ottenute dal sondaggio possono sembrare poche ma danno comunque informazioni importanti: quasi tutti i partecipanti dichiarano di lavorare in equipe, sia i lavoratori dipendenti che i liberi professionisti; è facile immaginare come, proprio lavorando in team, possano sorgere difficoltà di comunicazione inter-professionali dovute al fatto che spesso i “domini” di intervento si intersecano o si sovrappongono, creando talora interferenze ed incomprensioni. Di qui la necessità di delineare con chiarezza ruoli e competenze relative al nostro profilo professionale ma anche la promozione di un'attività formativa specifica per logopedisti, i quali nella loro formazione sull'autismo si ritrovano prevalentemente a frequentare corsi rivolti a diverse figure professionali.

Alla luce di quanto emerso dal presente studio si può concludere dicendo che, nel contesto dell'esperienza italiana, se è vero che il logopedista è una professione probabilmente tenuta in poca considerazione nell'intervento per l'autismo e da pochi anni inserita nel team multidisciplinare ad esso dedicato, è anche vero che un corposo numero di logopedisti ha maturato un'esperienza pluriennale che aggiunge alla formazione teorica, quella importantissima dell'esperienza pratica. Sarebbe auspicabile dare voce a tali esperienze per valorizzarle, diffondendo conoscenze e buone pratiche mediante momenti di confronto e formazione, ma anche promuovendo l'avvio e la diffusione di studi e ricerche sull'intervento logopedico rivolto a persone con autismo.

BIBLIOGRAFIA - SITOGRAFIA

- M. De Negri (1990) *Neuropsichiatria infantile*, ed. Piccin
- C. Hanau e D. Mariani Cerati (2015), *Il nostro autismo quotidiano*, ed. Erikson
- A. Canevaro e D. Ianes (2003), *Diversabilità*, ed. Erikson
- Ministero della salute, *Relazione finale del "Tavolo nazionale di lavoro sull'Autismo"*
- Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (2011), *Linee guida 21: Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti*
- S. Rogers & Dawson (2010), *Early Start Denver Model: intervento precoce per l'autismo*.
(Edizione italiana a cura di Giacomo Vivanti), ed. Omega: Torino
- C. Xaiz e E. Micheli (2000): *Gioco e interazione sociale nell'autismo*, Erikson
- L. Ballerini (2013), *I criteri diagnostici per l'autismo* Contributo al 1° simposio *Prima rappresentanza e psicopatologia. la psicopatologia precoce*
<https://r.search.yahoo.com/societaamicidelpensiero.it>
- Dr. V. De Laurenzi (2006) – Fondazione il Cireneo ONLUS – *Notizie dal Cireneo*
www.abautismo.it
www.istituto-walden-aba.it
www.habitatautismo.org
www.progettoautismo.it

31/01/2019

Valentina Minelli
Logopedista FLI Puglia
percorsiv@libero.it

Realizzato in occasione della Giornata europea della logopedia 2019: L'AUTISMO NON ESCLUDE